

REGIONE DEL VENETO
 UNITA' LOCALE SOCIO-SANITARIA N. 1
 Via Feltre n. 57 – 32100 BELLUNO

Prot. n. 6/47/Pers.Belluno, 28 FEB. 2012

AVVISO PUBBLICO

In esecuzione della deliberazione n. 127 del 21 febbraio 2013, sono aperti i termini per la presentazione delle domande di ammissione all'iniziativa formativa denominata:

MODULO FACOLTATIVO TEMATICO INTEGRATIVO IN ASSISTENZA ODONTOIATRICA CORSO STRAORDINARIO

(L.R. 16.8.2001, n. 20 - deliberazioni della Giunta Regionale n. 2903/2009, n. 2012/2010, e n. 2527/2012)

1. Finalità dell'iniziativa formativa.

L'iniziativa formativa è rivolta a coloro che sono in possesso del diploma della scuola dell'obbligo e di un biennio lavorativo in ambito odontoiatrico sia pubblico che privato, svolto in Italia, in regime di dipendenza. Durante tale periodo devono essere state svolte mansioni assimilabili alle attività specifiche previste nella "formazione facoltativa tematica integrativa in assistenza odontoiatrica". Il biennio lavorativo deve essere stato maturato nel quinquennio precedente alla data dell'11.12.2012.

L'operatore che ha frequentato con esito positivo il Modulo facoltativo tematico integrativo in assistenza odontoiatrica – Percorso straordinario sarà in grado di eseguire le specifiche attività di seguito elencate:

- accogliere ed aiutare i pazienti a sentirsi a proprio agio durante e dopo i trattamenti;
- assistere ed aiutare l'odontoiatria nelle attività proprie dell'odontoiatria, compresa l'ortodonzia, pedodonzia, chirurgia orale e paradontologia;
- coadiuvare e fornire ausilio all'odontoiatria durante la presa d'impronta delle arcate dentarie e per l'attuazione di una completa diagnosi mediante fotografie e radiografie endo ed extra orali;
- compilare il questionario anamnestico predisposto dall'odontoiatra;
- rilevare alcuni parametri, quali il battito cardiaco, la pressione arteriosa omerale, secondo protocolli specificatamente predisposti dall'odontoiatra;
- utilizzare protocolli, appositamente predisposti dall'odontoiatra, per fornire al paziente informazioni utili ad affrontare con il minor disagio possibile gli interventi-trattamenti;
- utilizzare protocolli, appositamente predisposti dall'odontoiatra, per insegnare ai pazienti le tecniche per il mantenimento della salute oro-dentale (tecniche di spazzolamento, autocontrollo della placca batterica e del tartaro, uso del filo interdentale);
- coadiuvare l'odontoiatra al fine di organizzare i soccorsi per le emergenze che si potrebbero verificare durante l'attività, contribuendo al soccorso dei pazienti con il rilevamento di pressione arteriosa e polso, secondo protocolli predisposti dall'odontoiatra stesso;
- provvedere alla sanificazione ed alla sanitizzazione ambientale, con raccolta e stoccaggio dei rifiuti sanitari differenziati, ed alla pulizia e sterilizzazione di strumenti ed attrezzature, utilizzando protocolli adeguatamente predisposti dall'odontoiatra;
- svolgere attività di segreteria, tenere i contatti, su delega dell'odontoiatra, con i fornitori di materiali, dispositivi medici e attrezzature.

L'iniziativa formativa non sarà replicata. La partecipazione è facoltativa.

L'Azienda si riserva la facoltà di non attivare il corso in presenza di un numero di domande di partecipazione inferiore a venti. Verrà, comunque, valutata la possibilità di trasferire le domande dei richiedenti ad aziende sanitarie vicine che abbiano attivato il corso.

2. Durata dell'iniziativa formativa e frequenza.

La durata dell'iniziativa è di mesi 5 e si concluderà con un esame finale.

Il percorso formativo è costituito da n. 200 ore di teoria (n. 50 ore di esercitazione e n. 100 ore di tirocinio sono riconosciute come credito formativo).

La frequenza è obbligatoria.

All'esame finale non saranno ammessi:

- coloro che avranno accumulato, anche per giustificati motivi, un numero di assenze superiore al 10% del monte ore complessivo;
- coloro che avranno riportato anche una sola valutazione negativa nelle discipline oggetto di studio.

In caso di valutazione negativa all'esame è possibile la ripetizione del Modulo per una sola volta.

Nei casi in cui la frequenza venga interrotta per gravi e giustificati motivi, è consentita l'iscrizione ad un modulo successivo, se previsto, senza riconoscimento di crediti formativi.

Per il programma di studio, si rinvia alle disposizioni di cui alla deliberazione della Giunta Regionale n. 2903 del 29.9.2009 – Allegato A.

3. Requisiti di accesso.

Possono presentare domanda di ammissione all'iniziativa formativa coloro che sono in possesso del diploma della scuola dell'obbligo e di un biennio lavorativo in ambito odontoiatrico sia pubblico che privato, svolto in Italia, in regime di dipendenza. Durante tale periodo devono essere state svolte mansioni assimilabili alle attività specifiche previste nella *"formazione facoltativa tematica integrativa in assistenza odontoiatrica"*. Il biennio lavorativo deve essere stato maturato nel quinquennio precedente alla data dell'11 dicembre 2012.

4. Modalità e termini di presentazione della domanda.

La domanda di ammissione all'iniziativa formativa, redatta in carta semplice secondo lo schema allegato e debitamente sottoscritta, deve essere indirizzata "al Direttore Generale dell'Azienda U.L.S.S. n.1 di Belluno - Via Feltre n. 57 - 32100 Belluno" e deve essere spedita a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento o consegnata a mano all'Ufficio Protocollo dell'Azienda (negli orari di apertura al pubblico) entro il termine perentorio delle ore 12.00 del giorno 15 marzo 2013.

La data di spedizione della domanda è comprovata dal timbro a data dell'ufficio postale accettante.

All'esterno della busta contenente la domanda deve essere riportata l'indicazione "Domanda di partecipazione al Modulo facoltativo tematico integrativo in assistenza odontoiatrica – Percorso straordinario".

Nella domanda deve essere dichiarato quanto segue:

- nome, cognome, luogo e data di nascita, indirizzo di residenza;
- titoli di studio posseduti, con indicazione della data, sede e denominazione completa dell'istituto o degli istituti presso cui i titoli sono stati conseguiti;
- l'attività lavorativa svolta con mansioni assimilabili alle attività specifiche previste nella "formazione facoltativa tematica integrativa in assistenza odontoiatrica, con precisazione degli enti e/o studi presso i quali è stata prestata e dei periodi;
- indirizzo per le comunicazioni inerenti la procedura;
- consenso all'utilizzo dei dati personale, se necessario alla procedura.

Alla domanda devono essere allegati:

- a) diploma della scuola dell'obbligo. Il titolo di scuola media inferiore conseguito in altri Paesi deve essere presentato corredato di traduzione ufficiale in lingua italiana ed integrato dalla dichiarazione di valore, in stesura originale o copia autenticata, rilasciata dalla rappresentanza italiana competente per territorio nel Paese di origine;
- b) certificazione dell'attività lavorativa svolta rilasciata dal legale rappresentante della struttura pubblica o dello studio odontoiatrico privato (vedi schema allegato). In luogo di quest'ultimo documento, potrà essere presentata altra documentazione comprovante il rapporto di lavoro e la mansioni svolte (ad es. copia del Libro Unico del Lavoro);
- c) fotocopia di documento di identità in corso di validità.

La documentazione di cui alle lettere a) e b) deve essere presentata in originale o in copia autenticata o in fotocopia semplice, unitamente a dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che ne attesti la conformità all'originale. Tale dichiarazione deve riportare la seguente dicitura: "Il sottoscritto _____, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara la conformità all'originale dei seguenti documenti: *(elencare documenti)*"

L'Azienda si riserva la facoltà di verificare, anche a campione, quanto dichiarato e prodotto dal candidato. Qualora dal controllo emerga la non veridicità di quanto dichiarato o prodotto, il candidato decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, oltre a soggiacere alle sanzioni penali previste in ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci.

Le domande che non siano sottoscritte, che non contengano tutte le dichiarazioni previste e che non siano corredate dagli allegati sopra indicati non saranno ritenute valide ai fini dell'ammissione al Modulo formativo.

L'Azienda non si assume alcuna responsabilità per l'eventuale dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del recapito da parte del richiedente o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo indicato nella domanda, o per eventuali disguidi postali o telegrafici non imputabili a colpa dell'Azienda stessa.

5. Quota di iscrizione e frequenza.

La quota di iscrizione e frequenza è fissata in € 700,00, esente IVA ai sensi dell'art. 10, comma 20, del D.P.R. n. 633/1972, e dovrà essere versata secondo le modalità che verranno successivamente comunicate agli ammessi all'iniziativa formativa.

La quota non sarà rimborsata, anche nel caso di interruzione della frequenza.

L'Azienda si riserva la possibilità di consentire, su richiesta, la rateizzazione del pagamento della quota.

6. Ammissione.

Qualora il numero delle domande preveda l'attivazione di più moduli, l'ammissione degli aspiranti avverrà secondo le modalità individuate dall'azienda sede dell'iniziativa formativa.

Nel caso in cui il numero delle domande non giustifichi l'attivazione di un modulo, sarà possibile procedere all'inserimento dei richiedenti presso aziende sanitarie viciniori, con disponibilità di posti.

Dell'ammissione al corso verrà data comunicazione agli interessati con lettera raccomandata con avviso di ricevimento.

Prima dell'inizio del corso sono previsti accertamenti medico-sanitari e le misure preventive ai sensi delle vigenti disposizioni

7. Sede di svolgimento dell'iniziativa.

Lo svolgimento delle attività di formazione avverrà presso le strutture aziendali ubicate nell'ambito territoriale del Comune di Belluno.

Nel caso in cui il numero delle domande non giustifichi l'attivazione di un modulo, sarà possibile procedere all'inserimento dei richiedenti presso aziende sanitarie vicine, con disponibilità di posti.

Della sede del corso verrà data comunicazione agli interessati con lettera raccomandata con avviso di ricevimento.

8. Trattamento dei dati personali.

Ai sensi del D.Lgs. 193/2003, i dati personali forniti e formatisi successivamente saranno raccolti e trattati presso questa Azienda unicamente per le finalità di gestione del Modulo formativo.

L'interessato gode dei diritti di cui al titolo II parte I del D.Lgs 196/2003. Il trattamento dei dati personali forniti dai candidati sarà effettuato nel rispetto dei principi di cui all'art.18, capo II, del D.Lgs. 196/2003.

9. Informazioni.

Per ulteriori informazioni, gli interessati potranno rivolgersi al Servizio Personale – Ufficio Formazione ed Aggiornamento dell'Azienda U.L.S.S. n. 1 - Via Feltre, n. 57 - 32100 Belluno – Tel. 0437/516720-516723.

Copia del presente avviso potrà essere ritirata presso il Servizio Personale – Ufficio Formazione ed Aggiornamento o presso le sedi dei Distretti socio-sanitari.

Il presente avviso è pubblicato sul sito aziendale <http://www.ulss.belluno.it>, sezione dedicata ai bandi.



IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Pietro Paolo FARONATO

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'P. Faronato', written over the printed name.

SCHEMA DOMANDA

Al Direttore Generale
dell'Azienda U.L.S.S. n. 1
Via Feltre n. 57
32100 BELLUNO

Il/La sottoscritto/a _____
chiede di essere ammesso/a al Modulo facoltativo tematico integrativo in assistenza
odontoiatrica – Percorso straordinario, di cui all'avviso pubblico prot. n. _____/Pers. del
_____.

A tal fine, dichiara, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali
previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,
dichiara:

- di essere nato/a a _____ il _____;
- di essere residente a _____ via _____ n. _____;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio
_____, rilasciato da _____ in
data _____;
- di aver svolto attività lavorativa in ambito odontoiatrico, con mansioni riconducibili a quelle
indicate nell'avviso prot. n. _____/Pers. del _____:
 - dal _____ al _____ presso _____;
 - dal _____ al _____ presso _____;
 - dal _____ al _____ presso _____;
 - dal _____ al _____ presso _____;

Dichiara, inoltre, di acconsentire all'utilizzo dei dati personali, compresi quelli sensibili, se
necessario alla procedura.

Chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

Sig./Sig.ra _____
Via _____ n. _____
C.A.P. _____ Città _____ Prov. _____
Telefono _____

Alla presente domanda, allega:

- diploma della scuola dell'obbligo o _____;
- certificazione dell'attività lavorativa svolta o _____;
- fotocopia di documento di identità in corso di validità.

Data _____

(firma)

SCHEMA CERTIFICAZIONE DATORE DI LAVORO

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____,
residente a _____, in qualità di legale rappresentante di
_____ con sede a _____
codice fiscale - partita IVA _____,

certifica

che il/la Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____ il _____,
_____ ha prestato attività lavorativa presso la struttura da me rappresentata
con mansioni assimilabili alle attività specifiche previste nella "formazione facoltativa tematica
integrativa in assistenza odontoiatrica" nei seguenti periodi:

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

Data _____

(firma e timbro)